

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Blanda och ge – Att inom psykiatrin bedriva terapi med
patienter som brukar antidepressiv medicinering**

Elias Fjellström

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
Vårtermin 2015

Handledare: Mats Eklöf
Peter Jansson

Blanda och ge – Att inom psykiatrin bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering

Elias Fjellström

Sammanfattning. I studien undersöktes psykologers erfarenheter av att bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering. Studien byggdes på sex intervjuer med psykologer arbetandes inom psykiatrin. Materialet analyserades genom induktiv tematisk analys. Resultatet från studien antyder att en antidepressiv medicinering kan ha inflytande på ett terapiarbete, exempelvis genom att påverka patientens motivation samt känsloliv. Medicineringen ansågs kunna såväl underlätta som försvåra ett terapeutiskt arbete. För att kombinationsbehandlingar skulle fungera tycktes det viktigt med ett samarbete med förskrivande läkare, ett samarbete vilket beskrevs som emellanåt bristfälligt inom psykiatrin. Studien indikerar att ytterligare kunskap om hur antidepressiv medicinering påverkar ett terapiarbete behövs för att på ett adekvat vis kunna bedriva kombinationsbehandlingar samt att psykiatrin behöver investera i samarbetet mellan psykolog och psykiatriker.

Psykofarmaka har genom åren orsakat stora debatter, såväl inom psykologkåren som i den mediala rapporteringen och röster har höjts både i attack och till försvar av dessa mediciner (Carlberg, 2008). Framväxten har dock skett i rasande fart och bredast spridning har olika typer av antidepressiv medicinering fått. 2014 förskrevs antidepressiva preparat till 11 procent av alla svenskar över 15 år (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2015). Parallellt med denna utveckling har den svenska psykiatrin fått ett allt större biologiskt/medicinskt synsätt på psykisk ohälsa (Reeder, 2010), även om det tycks råda konsensus om att dessa båda till viss del samspelar. Den svenska psykiatrin härbärgerar en rad olika professioner för att möta patienters lidande och i regel finns såväl psykologer som psykiatriker representerade på landets mottagningar. Utbildning kring psykofarmaka ligger hos psykiatrierkåren och psykologer saknar mandat att på egen hand vare sig skriva ut eller bestämma över sina patienters medicinering. I och med dessa förutsättningar sker inom psykiatrin i stor utsträckning kombinationsbehandlingar med både psykoterapi och psykofarmaka trots att dessa båda behandlingsformer vilar på olika teoretiska grunder gällande etiologin bakom olika psykiska sjukdomar och hur patienten skall få hjälp i sitt lidande. Psykofarmaka påverkar patientens biologiska mekanismer vilket är någonting som psykologen inom psykiatrin måste förhålla sig till. På de svenska psykologutbildningarna ges en begränsad utbildning gällande psykofarmaka och åtminstone på psykologutbildningen vid Göteborgs Universitet är den ej integrerad i terapiutbildningen. Även om många psykologer tycks ha åsikter i frågan om psykofarmaka, såväl ideologiska som teoretiska, finns det begränsat med kunskap om hur den påverkar ett psykoterapeutiskt arbete. Denna studie avser att undersöka detta ämne genom att intervjua psykologer, verksamma inom den svenska psykiatrin, om deras erfarenheter av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukar antidepressiv medicinering.

Svensk psykiatri och dess behandlingar mot psykisk ohälsa

Frågan om den svenska psykiatrins inriktning har diskuterats genom åren och försök har tidigare gjorts att avgränsa psykiatrin till ett renodlat medicinskt fält, försök som dock mötte starkt motstånd och idag har såväl läkaren som psykologen sin plats (Topor, refererad till i Magnusson, 2014). Trots representation från olika discipliner kan likväl psykiatrin ses som en i första hand medicinsk värld där psykisk ohälsa ses som sjukdomar vilka ofta har en nära koppling till vår biologi (Reeder, 2010; Winston, Been & Serby, 2005). Medicineringens självklara plats inom psykiatrin medför att psykologer som arbetar där i stor utsträckning kommer att bedriva terapier med patienter som samtidigt brukar psykofarmaka (Schubert, 2007).

Vanliga diagnoser som behandlas inom psykiatrin är exempelvis depressioner och ångestsyndrom vilka Socialstyrelsen beskriver som folksjukdomar och en del av den växande psykiska ohälsan i befolkningen. Detta har föranlett socialstyrelsen att ta fram nationella riktlinjer för hur vården av dessa tillstånd ska se ut. Riktlinjerna lyfter fram evidensbaserade och utvärderade behandlingar och metoder för personer med dessa sjukdomar. Såväl antidepressiv medicinering, psykoterapi och dess kombination finns representerade bland de rekommenderade behandlingarna (Socialstyrelsen, 2010). I Västra Götalandsregionens riktlinjer för behandling av depression står dessutom skrivet att då en psykoterapi ej haft effekt efter 4 veckor, åtminstone vid medelsvår depression, bör antidepressiv medicinering påbörjas parallellt med eller istället för terapin (Västra Götalandsregionen, 2012). Med tanke på dessa riktlinjer och det utbredda bruket av kombinationsbehandlingar väcks hos författaren till föreliggande studie frågan om hur en antidepressiv medicinering påverkar ett terapiarbete. Den svenska sjukvårdens ambition är att vila på evidensbaserad forskning men vad säger egentligen forskningsläget om dessa olika varianter av behandlingar? Initialt kommer en kortare genomgång av vad forskningen säger om antidepressiv medicinering respektive psykoterapi och därefter en genomgång av forskning avseende kombinationsbehandlingar.

Antidepressiv medicinering

Den antidepressiva medicineringen påbörjade sin framväxt under 1950-talet utifrån tanken om att psykisk ohälsa kunde förklaras genom hjärnans kemiska struktur. Sedan dess har en mängd olika preparat lanserats vars gemensamma nämnare är att de kemiskt påverkar hjärnans signalsubstanser i syfte att förbättra individers mående (Carlberg, 2008; Hansen, 2000). De vanligast förskrivna antidepressiva preparaten inom den svenska vården 2014 tillhör de olika klasserna *selektiva serotoninåterupptagshämmare* (SSRI), *serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare* (SNRI) samt *tricykliska antidepressiva* (TCA) (Socialstyrelsens statistikdatabas, 2015). SSRI och SNRI är mer moderna preparat och har i regel mindre biverkningar än de något äldre TCA (Schubert, 2007). Biverkningar visar sig exempelvis genom viktuppgång, nedsatt sexuell funktion, yrsel och muntorrhet (Rivas-Vazquez, Blais, Rey & Rivas-Vazquez, 2000; Trindade, Menon, Topfer & Coloma, 1998; Uher et al., 2009). Studier avseende antidepressiv medicinering görs i regel genom att undersöka lindring av patienters symtom enligt olika typer av diagnosrelaterade skattningsformulär (Hieronymus, Emilsson, Nilsson &

Eriksson, 2015). Forskningen har sedan 50-talet varit omfattande och mängder av studier påvisar deras effekt mot i första hand depression (Baghai et al., 2012; Hashemi et al., 2012; Hirschfeld, 1999) men också andra diagnosgrupper som OCD (Marazziti et al., 2008) och GAD (Mogg, Baldwin, Brodrick & Bradley, 2004) har funnits hjälpta av antidepressiv mediciner. Forskningen kring antidepressiva har dock fått kritik för att vara styrd av läkemedelsbolag och att endast positiva studier har publicerats samtidigt som effektlösa studier mörkats. (Kondro, 2004; Melander, Ahlqvist-Rastad, Meijer & Beermann, 2003). Det har också kommit studier som menar att antidepressiva bara är marginellt bättre än placebo (Khan, Warner & Brown, 2000; Piggott, Leventhal, Alter & Boren, 2010). Som ett svar på denna forskning argumenterar Hieronymus et al. (2015) för att verkan av antidepressiva sker på en depressiv sinnesstämning snarare än på diagnosen depression. Effekterna av medicineringen är som synes omtvistade och trots den breda användningen är kunskapen om på vilket vis antidepressiva mediciner verkar i dagsläget begränsad (Artigas, 2013; Fakhoury, 2015a, 2015b).

Psykoterapeutisk behandling

Psykoterapi som behandlingsmetod har genom åren ifrågasatts och fått mycket kritik för att ej vara vetenskapligt förankrad (Barlow, Boswell & Thompson-Hollands, 2013). Som ett svar på detta har psykologkåren i högre utsträckning börjat anamma ett mer positivistiskt vetenskapsideal med forskning som fokuserat på mer specifika behandlingsmetoder och dess verkan utifrån psykiatrisk diagnostik (Barlow et al., 2013; Westen & Bradley, 2005). Idag finns det god evidens för att olika terapiformer utgör effektiva behandlingar mot psykisk ohälsa. Kognitiva beteendeterapier av olika slag är de som har lagt störst tonvikt vid evidensbaserade behandlingsmetoder och idag finns god evidens för behandling av en mängd diagnoser som exempelvis social fobi, paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom, tvångssyndrom, depression och borderline personlighetsstörning (Öst, 2006). På senare år har även den psykodynamiska skolan i högre utsträckning förankrat behandlingsmetodens effekt i den typ av forskning som ligger till grund för socialstyrelsens rekommendationer. Framförallt depressionsbehandlingar har visat sig kunna behandlas effektivt med såväl psykodynamisk korttidsterapi (de Maat, Dekker, Schoevers & de Jonghe, 2007) som med långtidsterapi (Bastos, Guimaraes & Trentini, 2014), men även vid personlighetsstörningar har psykodynamisk behandling haft påvisad effekt (Leichenring & Leibling, 2003).

Även psykoterapeutisk forskning har fått utstå kritik. Många studier som undersöker effekter av psykoterapeutiska behandlingar lider av metodologiska svagheter och de studier som håller en högre standard visar också på en mindre effektstyrka (Cuijpers, Van Straten, Bohlmeijer, Hollon & Andersson, 2010). Westen och Morrison (2001) menar att det är svårt att generalisera resultat från många studier till en klinisk verklighet genom att man i studier har väldigt snäva inklusionskriterier vilka utesluter upp emot två tredjedelar av patienterna. Trots detta kommer nästan hälften av patienterna i depressionsstudier efter avslutad behandling fortsatt uppvisa symptom för att uppfylla diagnoskriterierna för klinisk depression (Westen & Morrison, 2001). De behandlingar som genomförs i en klinisk verklighet ser också ofta annorlunda ut än de behandlingar som används i forskning (Westen & Bradley, 2005).

Ett annat spår i psykoterapiforskning har förflyttat fokus från att undersöka olika psykoterapimetoder. Utifrån att många olika terapiformer visat sig ha effekt undersöker man istället vilka de gemensamma faktorer som påverkar utfallet av en psykoterapi är. Faktorer av stor vikt för att en terapi skall vara verksamt är exempelvis den terapeutiska relationen mellan terapeut och patient, patientens engagemang i behandlingen och att patienten upplever de känslor och affekter som är förknippade med lidandet (Tschacher, Junghan & Pfammatter, 2014).

Att kombinera antidepressiv medicinering med psykoterapi

Det har historiskt sett funnits starka ideologiska motsättningar mellan det biologiska och psykologiska synsättet på psykisk ohälsa med tillhörande ifrågasättande att de går att sammanföra (Klerman, 1991). Psykologkåren, som initialt var väldigt kritisk till psykofarmaka, har dock i allt högre utsträckning kunnat se även dess förtjänster. Detta gäller utövare av olika terapiformer, från beteendeterapeuter till psykoanalytiker (Roose & Stern, 1995; Winston & Winston, 2008). Dagens forskning kan tydligt påvisa att människans psykologiska väsen är tätt sammankopplad med den biologiska kroppen och försöken att kartlägga hjärnan med alla dess funktioner fortsätter ihärdigt. Människans psykologi kan påverkas med hjälp av mediciner som reglerar våra signalsubstanser (Hansen, 2000) och psykoterapi kan påvisa mätbara förändringar i hjärnan (Quidé, Witteveen, El-Hage, Veltman & Olff, 2012). Det saknas inte exempel på hur man idag i allt högre utsträckning försöker sammanföra dessa teoretiska fält (exempelvis Wolter-Gustafson, 2013; Winston et al., 2005) men med tanke på den omfattning av kombinationsbehandlingar som sker i samhället idag så finns det förvånansvärt lite skrivet om hur dessa påverkar varandra (Schubert, 2007). En av anledningarna till detta kan tänkas vara att de teoretiska debatter som funnits mellan företrädare för psykoterapi och psykofarmaka sedan 70-talet har fått stå tillbaka på grund av en allt växande efterfrågan på evidensbaserade behandlingsmetoder (Klerman, 1991).

I likhet med övrig behandlingsforskning är mycket av forskningen på kombinationsbehandlingar med antidepressiva mediciner och psykoterapi i huvudsak inriktad på att undersöka behandlingseffekter snarare än att undersöka hur de olika behandlingarna påverkar varandra. Dessa studier växer dock stadigt i antal och är i huvudsak inriktade på depressionsbehandlingar (Winston et al., 2005). Forskning har visat att kombinationsbehandlingar fungerar bättre än enbart farmakologisk behandling men ej bättre än enbart psykoterapi (Bastos et al., 2014; de Maat et al., 2008; Greenberg & Goldman, 2009) förutom vid djupare/kroniska depressioner där kombinationsbehandlingen ger bättre effekt än de enskilda behandlingarna var för sig (Manber et al., 2008; Keller et al., 2000; de Maat et al., 2007). Varför kombinationsbehandlingar fungerar bättre än endast behandling med antidepressiva kan eventuellt förklaras genom att psykoterapi påverkar den medicinska behandlingen i en positiv riktning genom att öka patientens benägenhet att fullfölja behandlingen (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004). Psykoterapi minskar också risken att patienten drabbas av återfall och är värdefullt i utsättandet av medicineringen (Guidi, Fava, Fava & Papakostas, 2011).

I linje med forskningen kring kombinationsbehandling för djup/kronisk depression menar Winston et al. (2005) att antidepressiv medicinering kan öka

patientens mottaglighet för psykoterapi. Även Schubert (2007) påtalar att medicineringen i vissa fall kan vara en förutsättning för och i andra fall underlätta ett terapeutiskt arbete. Schuberts (2007) undersökning pekade dock på att medicineringen även kunde ha en negativ inverkan på psykoterapien genom att minska patientens motivation till en terapeutisk behandling, störa själva terapiprocessen och försvåra utvärderingen av terapins effekter. Psykologkåren har också historiskt framfört tankar om att psykofarmaka kan tänkas ha en negativ inverkan på en terapi genom att patienten kan bli mer beroende, uppvisa mer magiskt tänkande, bli mer passiv och medgörlig samt att ett minskande av patientens symtom kan leda till en minskad motivation till att gå i terapi (Klerman, 1991). Winston et al. (2005) menar dock att det i tidigare forskning inte finns belägg för tankarna om att medicinering skulle ha en negativ inverkan på terapi. Det finns således olika rön om hur en antidepressiv medicinering kan tänkas påverka psykoterapi.

”Split treatment”. En mer enad bild ges dock gällande vikten av ett nära samarbete mellan terapeut och den läkare som förskriver patientens medicinering för att kombinationsbehandlingar skall kunna genomföras på ett adekvat sätt (Chiles, Carlin & Beitman 1991; Ellison, 2005; Schubert, 2007; Winston et al., 2005). Det kan medföra en ökad komplexitet under en psykoterapi då psykofarmaka används samtidigt. Dels kommer medicinens kemiska effekter på patienten påverka terapin men utöver detta kommer den terapeutiska relationen mellan terapeut och patient att påverkas av det farmakologiska intåget. Såväl patientens och terapeutens inställning till psykofarmaka, som deras relation till den person som förskriver medicinen kommer att influera arbetet (Chiles et al., 1991; Schubert, 2007). Chiles et al. (1991) beskriver hur samarbetet mellan terapeut och läkare bör präglas av öppenhet, tillit, förmågan att gemensamt diskutera olika behandlingsalternativ och stå ut med att ens val av behandling blir ifrågasatt. För psykologen blir det extra viktigt att individuellt utvärdera varje enskilt fall av kombinationsbehandlingar för att kunna ge patienten bästa tänkbara vård, då psykofarmaka emellanåt kan ha en negativ inverkan på ett terapeutiskt arbete (Schubert, 2007). Forskning pekar på att kliniskt arbetande psykologer har förmågan att avgöra vilken verkan psykofarmaka har för den enskilde individen (Wiggins & Cummings, 1998) vilket ytterligare indikerar fördelen av ett samarbete.

Syfte och frågeställning

I takt med en ökad förskrivning av antidepressiva preparat ställs psykologer allt oftare inför att bedriva terapi med patienter som brukar dessa. Sannolikt är kombinationsbehandlingar extra vanliga inom en medicinskt inriktad psykiatri. Litteraturgenomgången visar att det i dagsläget finns en begränsad kunskap avseende hur antidepressiv medicinering påverkar ett terapiarbete. Utifrån detta är det angeläget att undersöka om och i sådana fall hur kliniskt verksamma psykologer uppfattar att en antidepressiv medicinering influerar en psykoterapi. Studien syftar till att undersöka och beskriva erfarenheter och reflektioner hos psykologer arbetandes inom psykiatri av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukar antidepressiv medicinering.

Studiens frågeställning har varit: Vilka erfarenheter har psykologer arbetandes inom öppenpsykiatri av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukar antidepressiv medicinering?

Metod

För att undersöka vilka erfarenheter psykologer inom psykiatri har av att bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering valdes en kvalitativ induktiv metod. Sex psykologer intervjuades utifrån en semistrukturerad intervjuguide.

Deltagare

Syftet med studien var att ge en bild av psykologers erfarenheter av att bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering inom ramen för en psykiatrisk verksamhet. Avgränsning gjordes där endast psykologer inom öppenvården söktes utifrån en tanke om att patienter inom slutenvården har tyngre problematik där medicineringen är mer omfattande och med tyngre preparat samt att psykoterapi bedrivs i mindre utsträckning. Urvalet skedde genom att kontakt togs med verksamhetschefer inom psykiatri vilka vidarebefordrade förfrågan till anställda psykologer samt att kontakt togs direkt med ett antal psykologer arbetandes inom psykiatri. Totalt gick förfrågningar ut till ett femtiotal psykologer inom olika psykiatriska verksamheter i Västra Götalandsregionen. Av de psykologer som återkom med svar på förfrågan var det endast sex stycken som var villiga att delta i studien vilket således genererade sex intervjuer. De intervjuade psykologerna arbetade inom allmän- och specialistpsykiatri, i huvudsak med patienter med problematik som depression- och ångestsyndrom samt personlighetsstörningar.

Intervjuerna genomfördes med legitimerade psykologer; tre kvinnor och tre män inom åldersspannet 40-70 år. Samtliga psykologer ägnade en stor del av sitt arbete till att bedriva individualterapi. En majoritet av psykologernas patienter brukade samtidigt psykofarmaka, inga exakta siffror framkom men psykologerna uppskattade att mellan 60 och 90 procent av deras patienter brukade en antidepressiv medicinering. De intervjuade psykologerna hade en utgångspunkt i psykodynamisk/psykoanalytisk tanketradition. Behandlingarna som bedrevs skilde sig dock åt, i huvudsak mellan olika varianter av psykodynamiskt inriktade samtalsterapier men det förekom även inslag av kognitiv beteendeterapi hos ett par av respondenterna.

Instrument

För att undersöka psykologernas erfarenhet av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukar psykofarmaka, konstruerades en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1) bestående av 8 öppna frågor, samt ett antal fördjupande följdfrågor. Intervjuguiden inleddes med bakgrundfrågor gällande psykologernas utbildningar och arbetslivserfarenhet för att sedan gå över till att handla om terapi och medicinering. Psykologerna frågades om sina teoretiska utgångspunkter för sitt terapeutiska arbete för att senare undersöka hur psykologerna ansåg att en antidepressiv medicinering påverkade deras terapeutiska arbete. Psykologerna tillfrågades om såväl inställning till som specifika erfarenheter av kombinationsbehandlingar med psykoterapi och antidepressiv medicinering. Psykologerna tilläts tala fritt utifrån sina tankar och

erfarenheter och intervjuguiden användes mer som ett stöd för att tillse att dess frågor i möjligaste mån besvarades inom samtalet.

Tillvägagångssätt

Intervjupersonerna tillfrågades per e-post eller telefon om de var intresserade av att delta i studien. De som tillfrågades via e-post fick en beskrivning av studien (bilaga 2) bifogad och de som tillfrågades via telefon fick en muntlig beskrivning av studien. De som sedermera tackade ja till deltagande fick ge förslag på tider som passade för intervjun. En av de tillfrågade fick på förhand ta del av intervjuguiden medan övriga respondenter ej såg de specifika frågor som senare behandlades. Intervjuerna genomfördes utefter psykologernas önskemål antingen på deras respektive mottagning alternativt i ett grupprum på Psykologiska Institutionen. Intervjuerna spelades in och varade mellan 50 och 90 minuter. Deltagarna informerades om att intervjun var frivillig, att de hade möjlighet att avbryta intervjun när de ville samt att allt material skulle avidentifieras. De erbjöds även att senare få ta del av det färdiga resultatet.

Databearbetning

De inspelade intervjuerna transkriberades och bearbetades enligt tematisk analys (Willig, 2008). Utifrån de citat som ansågs vara relevanta för studiens syfte konstruerades ett antal teman vilka sedan delades in i huvud- och underteman. Citaten stämdes sedan återigen av mot de teman som konstruerats. Teman som inte ansågs relaterade till studiens syfte togs bort. Analysen av materialet diskuterades tillsammans med handledare vid två tillfällen samtidigt som processen att analysera intervjumaterialet och kategorisera in det i olika teman fortgick parallellt. Processen upprepades till dess att två huvudteman med respektive underteman analyserats fram ur materialet.

Resultat

Samtliga intervjudeltagare hade erfarenhet av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukat en antidepressiv medicinering. De beskrev att många av de patienter de träffade i sitt arbete brukade antidepressiv medicinering, och då ofta ett flertal preparat samtidigt. Intervjudeltagarnas erfarenheter skiljde sig åt sinsemellan och de påpekade även svårigheter att uttala sig i generella termer angående att bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiva då patienter påverkades väldigt olika. Dock gavs en bild av att terapiprocessen ofta påverkades på något vis. Inställningen till psykofarmaka skiljde sig åt mellan de intervjuade psykologerna på så vis att vissa tyckte att det i många fall fungerade väl medan andra upplevde att det inte så ofta lyckades hjälpa patienten ur sitt lidande. Oavsett generell inställning så föredrog psykologerna att bedriva terapier med omedicinerade patienter om det var möjligt då en medicinering ofta ansågs kunna komplicera ett terapeutiskt arbete på olika vis. En annan viktig aspekt som framkom under intervjuerna var psykologernas arbetssituation inom psykiatri.

Psykiatrins ramverk visade sig ha en avgörande effekt för studiens frågeställning och många av de erfarenheter psykologerna hade av kombinationsbehandlingar gick att koppla till hur det är att verka som psykolog inom en psykiatrisk organisation. I analysen av intervjudata hittades ett antal återkommande teman som kunde belysa psykologernas erfarenheter av mötet med antidepressiv medicinering under deras arbete inom psykiatri. Dessa teman kunde sedan samlas in under två huvudteman; 1. *Komplikationer av att verka som psykolog inom den svenska psykiatrins ramar* samt 2. *Den antidepressiva medicinens påverkan på patienten och dess konsekvenser för ett terapeutiskt arbete*.

1. Komplikationer av att verka som psykolog inom den svenska psykiatrins ramar

I analysen av intervjuerna framkom att det medförde vissa svårigheter att verka som psykolog inom psykiatri. Psykiatrins struktur där patienten har olika behandlare, som ser på och bemöter patientens problematik på olika sätt, kunde emellanåt bli problematisk. Många av psykologerna upplevde att en antidepressiv medicinering påverkade det terapeutiska patientarbetet samtidigt som ansvaret för psykofarmaka ligger på en annan yrkeskategori. De intervjuade psykologerna hade olika sätt att förhålla sig till denna faktor, vilken under många av intervjuerna framstod som en försvårande omständighet när det gällde att behandla patienter. Flera av psykologerna beskrev att det i ett delat behandlingsansvar var viktigt att ha ett välfungerande samarbete med patientens psykiatriker, något en del psykologer upplevde svårigheter med. Flera psykologer vittnade även om problem de upplevde med hur förskrivning av psykofarmaka sköttes på ett generellt plan inom psykiatri.

1.1 Psykologens möjlighet att forma vården som ges. Flera psykologer talade om politiska beslut och riktlinjer som något som i hög utsträckning påverkade psykiatrins organisation och resurser. Detta var något som också fick konsekvenser för de behandlingar psykologen gav.

"[M]an försöker ju gå ut med allt tydligare direktiv om vad vi förväntas göra i de enskilda patientkontakterna och där får man ju, man kan inte göra sig helt omöjlig." (Intervju 3)

"Jag kommer fortfarande ha kvar och fortsätta sträva mot att också ha en del långa kontakter, men jag kan inte freda det på det sättet som jag kunde tidigare, det kommer jag inte kunna. Vi är för få behandlare i relation till den tillströmningen som är här helt enkelt." (Intervju 3)

1.1.1 En biologiskt inriktad psykiatri. Psykologerna vittnade om att psykiatri av idag är väldigt biologiskt inriktad, de beskrev det som en orimlig och naiv tanke att deras patienter skulle vara fria från medicinering. Flera av psykologerna talade om att det inom psykiatri många gånger finns en föreställning om att ifall patienten klarar sig utan psykofarmaka så hör patienten inte hemma i psykiatri.

"Det finns någon slags, en oskriven regel att är patienten i psykiatrin så ska de ha mediciner och har de inte mediciner eller någon form av medicinering så ifrågasätter man nog att patienten skall vara i psykiatrin." (Intervju 6)

"Ett så typiskt exempel på hur psykiatrin fungerar, att man kan inte se det som nånting annat än liksom en medicinsk effekt som har med signalsubstanser att göra. Man kan inte tänka att det har någonting med människors inre liv att göra." (Intervju 1)

1.2 Vikten av och problemen med samarbete över professionsgränserna.

Många av psykologerna beskrev ett ömsesidigt samarbete med den läkare som förskriver psykofarmaka till patienten som en viktig del i att minska de problematiska faktorer en kombinationsbehandling med antidepressiv medicinering och psykoterapi kan innebära. Flera av psykologerna beskrev dock detta samarbete som bristfälligt många gånger. I flera av intervjuerna framgick att psykologerna ofta fick hålla sig uppdaterade på patienternas medicinering genom journalsystemet snarare än genom samtal med läkaren. Detta relaterades till en hög arbetsbörda och/eller att det fanns en stor omsättning bland läkarkåren vilket gjorde det svårare för psykologen att etablera tid och relationer med läkaren. Under flera av intervjuerna framkom även samarbetssvårigheter som var kopplade till att de olika yrkeskategorierna hade olika sätt att förstå och förklara patientens lidande.

"[D]e läkare vi anser är bra är de läkare som är rätt försiktiga med medicinförändringar, som tar det ganska lugnt och gör det genomtänkt. De har tänkt igenom det de gör och pratar med annan personal som är inblandad och så. Man är synkade. Det kan hända att en patient börjar må jättekonstigt och så framkommer det att vi har haft en medicinförändring som inte jag har fått reda på. Så att vi behöver ha ett bra samarbete med läkarna." (Intervju 5)

1.2.1 Svårigheter att hitta balans mellan komplementaritet och kritik i de olika synsätten på patientens lidande. Under intervjuerna utkristalliserades att psykiatrins uppdelning av patientens lidande i en medicinsk och en psykologisk aspekt emellanåt kan vara svår att synkronisera. Flera av psykologerna vittnade om att det fanns en svårighet att få till en dialog kring patienten med dess läkare. Flera av psykologerna påtalade vikten av att vara ödmjuk inför den medicinska aspekten av psykiatrin då de ej såg det som deras kunskapsområde. Samtidigt fanns det hos många psykologer en upplevelse av att det var svårt att kritisera eller ifrågasätta medicineringen även då de hade en tydlig åsikt i frågan.

"[Ä]ven patienter som medicinerar kan man arbeta med. Men jag är ju, försöker alltid bidra till att patienten minskar sin medicinering, vilket kan vara svårt ibland för att läkarna har ju ofta motsatt åsikt." (Intervju 4)

"[P]atienterna får information om att de har depression och de får preparat utskrivet och så får de också med sig budskapet att det här ska du, att det är livslång medicinering det är frågan om. Vilket jag inte riktigt förstår, för jag tror inte att det är på det sättet." (Intervju 6)

1.2.2 Bristande resurser inom psykiatrin försvårar möjlighet till samarbete.

Flera psykologer beskrev hur en pressad arbetssituation kunde få effekten att samarbetet mellan olika behandlare blev lidande. Några psykologer beskrev även en hög omsättning på läkare vilket medförde svårigheter att etablera tid och relationer med dessa.

”Patienttrycket, det är så pass stort, man hinner inte ägna lika mycket tid till allt det här [dialog med läkare]. Därför kan det också bli att medicinhanteringen hanterar läkaren lite grann på egen hand utan att rådgöra med terapeuten.” (Intervju 6)

1.3 Att förhålla sig till professionsgränserna i mötet med patienten.

Upplevelsen av kunskap gällande psykofarmaka skiljde sig åt mellan de olika psykologerna där vissa beskrev ett ointresse medan andra var mer intresserade av dess effekter vilket föranlett dem att läsa på mer inom det området. Gemensamt för de intervjuade psykologerna var dock att de saknade såväl formell utbildning som mandat gällande psykofarmaka vilket medförde att de blev tvungna att på något vis förhålla sig till läkarkåren och deras förskrivning av antidepressiv medicinering. De olika psykologerna hade olika bild av i vilken utsträckning de hade rätt/möjlighet att påverka patienternas medicinering. Samtliga psykologer var noga med att påpeka att de ej tog några beslut gällande medicinering åt sina patienter, däremot så förhöll sig psykologerna olika gällande hur och i vilken utsträckning de talade om medicinering med sina patienter.

”Som psykolog eller terapeut eller så vill jag samtidigt hålla det [medicinering] lite utanför den terapeutiska relationen så och faktiskt flytta över det ansvaret till läkaren samtidigt som det måste finnas med. Så det är en svår avvägning det där. För patienterna har ju trots allt medicinerna och jag kan ju inte bortse från dem faktiskt.” (Intervju 6)

1.3.1 Att undvika den medicinska aspekten av patienten. Några av psykologerna positionerade sig tydligt i att ej blanda sig i sina patienters medicinering och försökte i möjligaste mån undvika tal om den antidepressiva medicineringen med sina patienter. De påpekade att medicinering inte var deras arbetsuppgift utan var istället noga med att överlåta det ansvaret på läkaren. Vissa psykologer menade även att samtal kring medicineringen kunde ta fokus från det terapeutiska arbetet.

”Jag är liksom ganska tydlig med det och kan säga det till patienter att jag är inte intresserad av medicinerna och jag kan ingenting, du har en läkare till det, de är proffs på det, brukar jag säga för att markera att vi pratar inte om, det är inte därför vi är här.” (Intervju 1)

1.3.2 Att ta en aktiv position i patientens medicinering. Några av psykologerna var mer benägna att aktivt gå in i medicinfrågan med sina patienter och beskrev hur de

ibland kan uppmuntra sina patienter att påbörja eller avsluta en pågående medicinering. Själva förskrivningen sker alltid hos en läkare men psykologerna kunde utifrån egna tankar om hur medicinen påverkade patienten tala med patientens läkare om saken och också uppmuntra patienten i en viss riktning. Det kunde gälla både situationer då psykologen arbetade för att patienten skulle avsluta eller påbörja en antidepressiv medicinering och hängde samman med en tydlig tanke om att det skulle vara fördelaktigt för patienten.

”Jag försöker nu få henne att minska ner så hon är på väg att sätta ut medicinerna men det tar ju tid naturligtvis. Så jag försöker ju gå in och faktiskt få patienterna att sluta, de som är positiva till det.” (Intervju 4)

1.4 Bristande förtroende för medicineringen inom psykiatrin. Psykologerna vittnade om övergripande problem med hur användningen av psykofarmaka ser ut inom psykiatrin i stort. De olika psykologerna talade till viss del om olika faktorer de tyckte var problematiska men samtliga av de intervjuade psykologerna beskrev problem de såg med psykiatrins förskrivning av antidepressiv medicinering.

1.4.1 Övermedicinering. Flera psykologer upplevde att antidepressiv medicinering förskrivs i för stor utsträckning inom psykiatrin. Det handlade framförallt om att den på ett allt för lättvindigt sätt gavs till för många patienter, psykologerna beskrev hur antidepressiva tycktes ges till i stort sett alla, oavsett hur patientens problematik ser ut. Det handlade till viss del även om att enskilda patienter kunde förskrivas en allt för omfattande medicinering.

”Sen är det nog så att, tycker jag, att medicinering, det sätts in slentrianmässigt. Alla patienter som hamnar i psykiatrin sätts igång på antidepressiva av någon jävla anledning, trots att de inte är deprimerade.” (Intervju 5)

”[D]e bara lägger på mediciner, den ena efter den andra. Och hjälper det inte då tar de inte bort den första utan lägger på en andra och lägger på en tredje och funkade inte det så lägger de på en fjärde. Så att en del patienter har väldigt väldigt många mediciner. Det är egentligen rätt skandalöst. Det tycker jag man borde se över.” (Intervju 4)

1.4.2 För få utsättningsförsök och bristande uppföljning. Flera av psykologerna beskrev att rutinerna för uppföljning och utsättning av antidepressiva i många fall var bristfällig. En påbörjad medicinering kunde ofta fortgå utan att den följdes upp på ett adekvat sätt. Utöver att på ett tydligare sätt utvärdera en pågående medicinering upplevde psykologerna också att utsättningsförsök borde göras i större utsträckning än vad som sker i dagsläget.

”Vi gör ju inga utsättningsförsök som socialstyrelsen rekommenderar. Vi borde göra det. Och det är inte ur någon slags ideologisk synpunkt att vi ska ha mindre medicin eller mer medicin utan det är rent att vi kan inte utvärdera effekten” (Intervju 2)

”[Hon] Har träffat otaliga läkare under den här tiden, aldrig någon som har sagt: du kanske ska byta medicin, du kanske ska byta till något lättare. Så hon har fortsatt att ta den här medicinen, plus att hon får Voxra, som är någon relativt ny medicin. Hon har gått omkring med de här två medicinerna de senaste åren, ingen har reagerat.” (Intervju 4)

2. Den antidepressiva medicinens påverkan på patienten och dess konsekvenser för ett terapeutiskt arbete

Intervjudeltagarna vittnade om blandade erfarenheter av hur en antidepressiv medicinering kunde påverka ett terapiarbete. Flera av intervjudeltagarna upplevde att medicinering hade en stor påverkan medan andras erfarenhet var att medicineringen i sig inte påverkade ett terapiarbete speciellt mycket. Många av psykologerna talade om hur patienter svarade väldigt olika på medicineringen. Gemensamt för de intervjuade psykologerna var att de föredrog att bedriva terapier med medicinfria patienter även om de uttryckte att det var ett naivt förhållningssätt inom psykiatrins ramar och psykologerna hade exempel även på terapiarbeten som hade påverkats positivt av att patienten brukat antidepressiv medicinering.

2.1 Påverkan på patienten. Psykologerna hade olika upplevelser och erfarenheter av medicinens påverkan, det skilde såväl mellan olika psykologer som bland psykologernas erfarenheter från olika patienter. Många psykologer var eniga om att det var svårt att uttala sig i generella termer då olika individer reagerar väldigt olika på den antidepressiva medicineringen. Flera psykologer beskrev dock olika former av påverkan på patienten, och i förlängningen även på terapiarbetet, i termer av att medicinen kunde påverka patientens känsloliv samt motivation för terapi.

”Jag är nog mer försiktig nu än vad jag kanske var initialt. Helt enkelt därför att jag efter hand också har fått bekräftat att det är mer komplicerat än att inte medicin eller medicin utan människor reagerar så enormt olika.” (Intervju 3)

2.1.1 Den antidepressiva medicineringen påverkar inte så mycket. Några av psykologerna upplevde att den antidepressiva medicineringen ej påverkade patienten eller det terapeutiska arbetet i någon högre utsträckning

”Jag kan inte säga att jag har någon person som jag tänker på som liksom mådde jättedåligt och så pratade vi och sen började den äta medicin och så mådde den mycket bättre eller sämre eller någonting där jag liksom kunde se någon skillnad. Faktiskt inte. Det är snarare väldigt mycket mer ofta som det inte är närvarande i samtalet eller i mitt tänkande eller någonting. Faktiskt.” (Intervju 1)

2.1.2 Påverkan på känslolivet. Ett genomgående tema under intervjuerna var hur många av psykologerna talade om den antidepressiva medicineringen som något som påverkar patientens känsloliv. Bland psykologerna fanns erfarenheter av att patienters känsloliv påverkades på olika sätt.

2.1.2.1 Känsломässig avstängdhet av medicinerna. Flera av psykologerna beskrev hur många av deras patienter kunde bli avstängda/känsломässigt blockerade genom bruk av antidepressiv medicinering. Det kunde beskrivas i termer av att medicineringen "lade locket på känslorna" och att patienterna kunde få svårt att gråta. Psykologerna uppfattade detta som en faktor som försvårade ett terapeutiskt arbete då patientens känsloliv och förmåga att vara i känsломässig kontakt är en viktig del i den psykologiska behandlingen.

"Om jag skulle säga någonting generellt som personer säger till mig när de äter antidepressiva; det är ju att de inte kan gråta. Vissa av dem har säkert haft svårigheter att gråta redan innan man åt antidepressiva men det finns ändå någonting där; att man beskriver att känslolivet ändå i någon mening stannar upp. Att känslorna kommer inte riktigt så nära, de griper inte tag på samma sätt." (Intervju 3)

2.1.2.2 Medicinerna hjälper patienten att komma i känsломässig kontakt. Flera av psykologerna beskrev erfarenheter av att en antidepressiv medicinering kunde underlätta för vissa patienter att komma i känsломässig kontakt. Dessa erfarenheter gällde i huvudsak djupt deprimerade patienter som med hjälp av den antidepressiva medicineringen kom upp i stämningsläge vilket underlättade och ibland var nödvändigt för att kunna bedriva ett terapeutiskt arbete.

"En del patienter skulle jag vilja säga har väldigt svårt att fungera utan den här medicinen, jag har svårt att värdera om det är bra eller dåligt men, jag vet inte en på tio eller en på femton, märker du en dramatisk förändring på när du sätter in den. Att den piggnar till liksom och inte är så depressiv /.../ Jag har funnit att det finns en del patienter där det blir väldigt svårt att bedriva arbete med om det inte finns någon antidepressiv medicinering alls." (Intervju 5)

2.1.3 Påverkan på motivationen. Flera av psykologerna beskrev en upplevelse av att antidepressiva kunde ha en negativ påverkan på patientens motivation att bedriva ett psykoterapeutiskt arbete. Den minskade motivationen förklarades i termer av att patienten genom en viss symtomlindring utav medicineringen inte var lika beredd att genomföra ett ansträngande psykoterapeutiskt arbete. Det hörde även samman med patientens inställning till medicinering och att vissa patienter var mer benägna att vilja ha hjälp utifrån istället för att göra arbetet själv.

"Jag har inte varit med om någon som har varit kvar på det sättet och arbetat med sig själv efter att man har fått psykofarmaka inställt som fungerar väl. Antingen så är vi tvungna att avsluta på grund av, ja vi har ju riktlinjer då vilka vi ska erbjuda behandling, eller så avslutar patienten då för att det är för jobbigt och det är inte värt det när man har fått hjälp på ett annat sätt." (Intervju 2)

"Det som kan bli ett hinder är om patienten förväntar sig att medicinen skall lösa det så tar man det som en ursäkt för att slippa sin egen insats, eller det kämpandet som det medför. Det blir som ett motstånd eller ett undvikande av

någon ting. Du förväntar dig, eller hoppas på, en lösning av det hela.”
(Intervju 5)

2.2 Svårigheter i att särskilja effekter. Flera av psykologerna beskrev svårigheter som uppstod när behandling med psykofarmaka och psykoterapi sker parallellt. Då en antidepressiv medicinering finns med i bilden under terapeutisk kontakt kan det vara svårt att skilja på effekterna mellan medicinen och terapin.

2.2.1 Svårigheter att hålla isär effekter av terapiprocess och antidepressiv medicinering. Flera psykologer vittnade om att det ibland kunde vara svårt att veta i vilken utsträckning patientens mående och agerande var påverkat av en antidepressiv medicinering och vad som hade att göra med en terapeutisk process eller andra förändringar i patientens liv. Många av psykologerna talade även om svårigheten att veta vad som är resultat av rent farmakologiska effekter av medicineringen och vad som är resultat av en placeboeffekt. I detta blev det också viktigt för psykologen att försöka förstå vilken symbolisk funktion den antidepressiva medicineringen fick för patienten.

”Och sen visar det sig några veckor senare, när patienten kraschar helt, att den har bytt medicin från Venlafaxin till Voxra, som hos en del patienter väcker väldigt stor aggressivitet, och då blir ju jag som psykolog helt förvirrad. För jag vet ju inte om den aggressiviteten kommer från att jag fått igång en process kring saker som patienten ska vara arg på eller om det bara är en ren biverkan av medicineringen. Och om jag blir förvirrad så kan man ju tänka sig hur det är för patienten”. (Intervju 5)

2.2.2 Förändringar tillskrivs medicinen istället för den egna förmågan. Flera av psykologerna beskrev hur många patienter lättare tillskrev positiva förändringar i livet och måendet till den antidepressiva medicineringen snarare än psykoterapin. Psykologerna menade att genom att tillskriva förändringen till medicinen går patienten miste om en värdefull erfarenhet av att på egen hand klara av en besvärlig situation, att de någonstans går miste om en ökad tilltro till sin egen förmåga.

”När det sker förändring när patienten sätts in på antidepressiv medicinering och psykologisk behandling samtidigt, blir bättre, gör framsteg, så tillskrivs det ofta medicineringen. Oavsett om det stämmer eller inte, det spelar ju inte så stor roll tänker jag, men när patienten tillskriver det medicineringen så tillskriver man det någonting yttre, alltså det är ju inte din egen förändringskraft, erfarenhet av att ha lyckats med någonting, att ha utfört ett arbete.” (Intervju 2)

2.3 Biverkningar. Vid analys av intervjuerna framkom att psykologernas bild av biverkningar från antidepressiva skilde sig markant åt. I viss mån går denna skillnad att härleda till en definitionsfråga; vad är en biverkan av medicineringen? För en del psykologer benämndes faktorer de upplevde som terapistörande som en biverkan från medicinen medan andra mer förhöll sig till biverkningar i form av fysiologiska reaktioner så som exempelvis viktuppgång, svettningar och sexuella problem. Om den senare definitionen skall gälla så upplevde många av psykologerna att biverkningarna fanns och kunde påverka patientens liv på ett negativt sätt men att de inte var någonting

som försvårade själva terapiprocessen. Skall den tidigare definitionen gälla finns de problem som uppkommer i övriga teman, både gällande känslomässig påverkan på patienten samt svårigheter att särskilja vad som är en biverkan från medicinen och vad som är patientens egna symtom.

”Påtagliga biverkningar eller bieffekter är ju viktuppgång, nedsatt sexuell lust. /.../ Det är flera som går upp i vikt och det är ju den främsta effekten jag ser då och det är ju synd för då får de ju någonting att jobba med för att göra sig av med och som de kanske inte lyckas göra sig av med heller. Det är lite ledsamt är det.” (Intervju 6)

Diskussion

Föreliggande studie avsåg undersöka vilka erfarenheter psykologer inom psykiatrik har av att bedriva terapi med patienter som samtidigt brukar antidepressiv medicinering. Förekomsten av dylika kombinationsbehandlingar beskrevs av de intervjuade psykologerna som mycket vanliga. Under intervjuerna framkom att psykologerna uppfattade frågan kring den antidepressiva medicineringen som mycket komplex. De flesta av psykologerna var noga med att poängtera svårigheten i att ge några entydiga svar, mycket på grund av erfarenheter av att påverkan på såväl patient som terapiprocess varierade mycket från fall till fall. Rent generellt talade psykologernas erfarenheter för att en medicinering på olika vis påverkade terapier de bedrev och i det menade många av psykologerna att den kunde göra deras arbete mer komplicerat. Komplikationerna kan utifrån intervjuerna kopplas till två olika led där det första handlar om hur den antidepressiva medicineringen påverkar patienten och en svårighet att särskilja mellan effekter av medicinering respektive psykoterapi. Det andra rör svårigheter att som psykolog utöva sin profession inom en medicinsk organisation där vården till patienten ges genom så kallad ”split-treatment”; att patientens behandling delas upp mellan psykolog och psykiatriker. Följande diskussion kommer initialt behandla hur antidepressiva kan påverka patient och terapiprocess för att därefter beröra hur det kan vara att arbeta som psykolog inom psykiatrik.

Den antidepressiva medicineringens påverkan på patient och terapiprocess

I föreliggande studie framkom att flera av psykologerna hade erfarenheter av att en antidepressiv medicinering påverkar ett terapeutiskt arbete. Flera menade att en viktig del för hur kombinationsbehandlingen föll ut var vilken plats medicineringen fick för patienten. Flera psykologer beskrev att patienter kan komma att förlita sig på medicinen och förvänta sig att den skall ta hand om ens dåliga mående, något som negativt kan påverka motivationen att genomgå ett krävande psykoterapeutiskt arbete. Patientens motivation till ett terapeutiskt arbete kunde även minska genom en viss symtomlindring från medicinen. Flera av psykologerna beskrev dessutom att många kombinationsbehandlingar ledde till att patienten tillskriver förbättringar i måendet till psykofarmaka istället för till terapin och därmed går miste om en värdefull erfarenhet av att ha lyckats samt den ökade tilltron till den egna förmågan som det innebär. Gällande en mer direkt påverkan, kunde den antidepressiva medicineringen inverka på patientens

känsloliv och stämningsläge i såväl en riktning som underlättade som en riktning som försvårade ett terapeutiskt arbete. Flera psykologer beskrev hur medicineringen för vissa patienter medförde en känslomässig avstängdhet som försvårade den terapeutiska processen eller gjorde den mer långdragen. I andra fall kunde medicinen snarare bidra till att patienten kom upp till ett stämningsläge där patientens förmåga att tillgodogöra sig ett terapeutiskt arbete förbättrades. Dessa resultat (potentiellt minskad motivation till ett terapeutiskt arbete och en känslomässig avstängdhet alternativt en ökad förmåga att komma i känslomässig kontakt) går i linje med tidigare forskning (Schubert, 2007) och tankar som länge funnits hos psykologkåren (Klerman, 1991). För de patienter där den antidepressiva medicineringen bidrar till en känslomässig avstängdhet hos patienten alternativt minskar patientens motivation till ett terapeutiskt arbete tycks inte en kombinationsbehandling vara att föredra då båda dessa faktorer är viktiga för att bedriva en verksam terapi (Tschacher et al., 2014). Resultaten implicerar således att det inom svensk psykiatri förekommer kombinationsbehandlingar där användandet av antidepressiv medicinering snarare motverkar patientens tillfrisknande istället för att underlätta det.

Framträdande under intervjuerna var dock hur individuellt psykologerna uppfattade att den antidepressiva medicineringen påverkade patienten vilket också är en starkt bidragande orsak till den komplicerade bild som psykologerna ger. När patienter svarar så olika på medicinering ställs väldigt stora krav på psykologen att vara uppmärksam på hur medicinen påverkar den enskilda individen, för att kunna bedriva en effektiv terapi. Att antidepressiv medicinering i vissa fall kan underlätta det terapeutiska arbetet medan den i andra fall kan stjälpa, väcker frågor gällande vilka fall som är vilka och hur man skall kunna veta detta.

I den positivistiska anda som genomsyrar dagens behandlingsforskning (Klerman, 1991; Westen & Morrison 2001; Westen & Bradley, 2005) riskerar kunskap om hur påverkan från antidepressiv medicinering ser ut för den enskilda individen att gå förlorad. De studier som visar på den antidepressiva medicineringens verkan på olika psykiatriska diagnoser (Baghai et al., 2011; Hashemi et al., 2012; Hieronymus et al., 2015; Hirschfeld, 1999;) undersöker hur den på genomsnittlig symtomnivå påverkar stora populationer. Detta kan bli problematiskt om man sätter det i relation till vad föreliggande studie implicerar: att olika patienter svarar väldigt olika på medicineringen. Grundforskningen kring antidepressiva kan inte heller hjälpa till i denna fråga då det i dagsläget finns begränsad kunskap om vilken roll signalsubstanserna spelar för den psykiska hälsan och vilka konsekvenser ett reglerande av dem får (Artigas, 2013; Fakhoury, 2015a, 2015b). På liknande sätt som forskningen avseende antidepressiva mediciner, präglas den rådande forskningen kring kombinationsbehandlingar av att undersöka symtomreduktion på gruppnivå snarare än att närmare studera vilka olika effekter en antidepressiv medicinering kan ha på ett terapiarbete (jämför Bastos et al., 2014; Keller et al., 2000; de Maat et al., 2008; Manber et al., 2008). Det tas i forskning kring kombinationsbehandling inte hänsyn till att det kan finnas olika kategorier av patienter som svarar olika på behandlingen. Resultaten från föreliggande studie antyder att antidepressiv medicinering påverkar individers känsloliv på olika sätt och implicerar att forskningen hade behövt hitta sätt att identifiera dessa skilda patientgrupper för att undvika att kombinationsbehandlingar används i fall där medicineringen försämrar möjligheten att bedriva en psykoterapi.

Det har historiskt sett funnits starka ideologiska motsättningar mellan det biologiska och psykologiska synsättet på psykisk ohälsa (Klerman, 1991); härstammar

patientens lidande från biologiska markörer vilka vi medicinskt kan korrigera eller handlar det om att individen utifrån uppväxt eller andra miljöaspekter har ett problematiskt förhållande till sig själv och omvärlden? Det är inte heller en självklarhet att föra samman dessa olika teoretiska fält men då kliniken i allt större utsträckning blandar behandlingar med psykofarmaka och psykoterapi finns ett tydligt behov av att öka förståelsen av hur behandlingarna påverkar varandra. Idag är det belagt att biologi påverkar psyke och psyke påverkar biologi (Hansen, 2000; Quidé et al., 2012; Wolter-Gustafson, 2013) men det finns fortsatt begränsat med förståelse om dess betydelse för varandra vilket blir ett problem när vi inom den kliniska behandlingsvärlden försöker föra dessa samman. Många av psykologerna i föreliggande studie beskrev också att de emellanåt kunde ha svårt att avgöra om symtom och förändringar som patienten uppvisade, kom som ett resultat av medicinering eller terapeutisk process. I ljuset av de starka placeboeffekter som finns förknippade med farmakologiska behandlingar (Piggott et al., 2010; Khan et al., 2000) blir det också tydligt att en antidepressiv medicinering innebär såväl kemisk som psykologisk påverkan på patienten. Psykologen behöver således inte bara reda i huruvida patientens reaktioner bör härledas till effekten av terapi eller medicinering, de behöver också värdera ifall medicinens påverkan sker på biokemisk eller psykologisk grund. I relation till detta blir det lätt att förstå de psykologer som i studien beskrev att en antidepressiv medicinering många gånger gör ett terapiarbete mer komplicerat.

Sammanfattningsvis kan psykologernas erfarenhet från föreliggande studie beskrivas som att en antidepressiv medicinering ofta påverkade psykoterapi. För en del patienter kunde medicineringen uppvisa direkt terapistörande effekter genom att bidra till känslomässig avstängdhet eller förlorad motivation att genomgå ett terapeutiskt arbete. För andra patienter kunde medicineringen istället hjälpa patienten till en känslomässig kontakt som underlättade terapin. Påverkan beskrevs av psykologerna som individuell och olika patienter svarade väldigt olika på kombinationsbehandlingen vilket komplicerar psykologens arbete. Resultaten från föreliggande studie antyder att en ökad förståelse av hur den enskilda individen svarar på behandling behövs för att kunna erbjuda patienter en god vård, men det aktuella forskningsläget har fokus på en generell symtomlindring och lyckas därmed inte fånga den bredd av reaktioner som patienter uppvisar. Nu blir istället resultatet att en del patienter som genomgår psykoterapi samtidigt brukar medicinering som gör terapin mindre verksam.

Att verka som psykolog inom psykiatri

Många av psykologerna i studien beskrev, som diskuterats ovan, att det emellanåt kunde vara svårt att som terapeut veta vilken påverkan den antidepressiva medicineringen hade på patienten vilket komplicerade deras arbete. Att från psykologhåll avskrivna kombinationsbehandlingar med psykofarmaka och psykoterapi kan, precis som psykologerna i föreliggande studie uttrycker, i dagsläget ses som en orimlighet inom psykiatri som bär en stark medicinsk prägel (Reeder, 2010). Idén ter sig inte heller önskvärd utifrån psykologernas vittnesmål om att den antidepressiva medicineringen i vissa fall var nödvändig, eller åtminstone klart underlättande, för att kunna bedriva ett terapeutiskt arbete. Det finns också många studier som visar på ett förbättrat resultat med kombinationsbehandlingar för djupa/kroniska depressioner (exempelvis de Maat et al., 2007; Manber et al., 2008).

För att så kallad ”split treatment” ska fungera är det väldigt viktigt med ett nära samarbete mellan de olika yrkeskategorierna (Chiles et al., 1991; Ellison, 2005; Schubert, 2007; Winston et al., 2005). Att kombinera terapi med medicinering handlar inte bara om de olika behandlingarnas påverkan på varandra utan också om den triangulära relation som uppstår mellan patient, terapeut och läkare. För att det skall fungera krävs ett nära kollegialt samarbete som präglas av öppenhet, tillit, förmågan att gemensamt diskutera olika behandlingsalternativ samt att stå ut med att ens val av behandling blir ifrågasatt (Chiles et al., 1991). Schubert (2007) poängterar, utifrån psykofarmakas potentiellt negativa inverkan på terapi, vikten av att individuellt utvärdera varje enskilt fall av kombinationsbehandlingar för att kunna ge patienten bästa tänkbara vård. Också i föreliggande studie gav psykologerna bilden av att samarbetet, då det fungerade, kunde minska de komplikationer som uppstod i det terapeutiska arbetet; såväl från att genom ett samtal med psykiatrikern kunna vara med och påverka patientens medicinering som att genom dialogen slippa förvirras av överraskande medicinförändringar. Flera av de intervjuade psykologerna påtalade dock att det fanns tydliga brister i detta samarbete och upplevde det som svårt att föra ett samtal med förskrivande läkare kring patientens medicinering. Således tycks den komplementära funktion mellan den medicinska och psykologiska aspekten av patientens problematik, vilken rimligtvis är tanken bakom den teambaserade psykiatrin, emellanåt utebli. Istället för att ta del av varandras synpunkter och kunskaper delades ansvaret för patienten upp, där psykologen ansvarade för de terapeutiska interventionerna och läkaren för de medicinska. Det förefaller rimligt att tänka sig att detta uppdelande av patienten leder till polariserade uppfattningar om vad som fungerar behandlingsmässigt; läkaren ser den medicinska behandlingen som verksam och psykologen ser psykoterapien som det som gör skillnad, något som ytterligare kan bidra till en ökad klyfta mellan de olika behandlarna. Med tanke på den påverkan de olika behandlingarna har på varandra, vilken diskuterats ovan, kan inte denna klyfta ses som annat än problematisk och försvårande för psykologens möjlighet att kunna ge sina patienter god vård. Samarbete behövs för att kunna bedriva effektiva behandlingar men också för att kunna utveckla förståelsen för olika psykiska problemen och hur vi ska hantera dem. Utifrån intervjuerna kunde psykologernas erfarenheter av ett bristande samarbete kopplas till två faktorer; bristande resurser samt psykiatris medicinska inriktning.

Inom vården innebär tidspress och stress på arbetsplatsen försvårade möjligheter till samarbete mellan yrkesgrupper vilket i sin tur kan förknippas med försämrad patientsäkerhet (Eklöf, Törner & Pousette, 2014). Flera psykologer i föreliggande studie vittnade om att psykiatrin lider av bristande resurser. De beskrev en tung arbetsbörda och ett högt patienttryck som fick arbetet att i mångt och mycket handla om att ta om hand en strid ström av patienter vilket minskade tiden till samarbete. Flera psykologer beskrev också situationen inom psykiatrin som problematisk utifrån att det är en stor omsättning på läkare och förekomsten av stafettläkare vilket gjorde det ännu svårare att etablera såväl den tid som de relationer som krävs för ett samarbete. Att skapa och underhålla detta samarbete är inget som kommer av sig självt utan innebär ett arbete som tar tid i anspråk (Ellison, 2005; Winston et al., 2005). Mot bakgrund av den bild som psykologerna i föreliggande studie ger av brist på resurser och omsättning på läkare blir detta svårt. Föreliggande studies resultat indikerar således att psykiatrin borde investera i detta samarbete i syfte att förbättra vården.

På en spekulativ basis kan bristande resurser och stort patienttryck också tänkas leda till en mer omfattande utskrivning av psykofarmaka då detta är ”enklare” och tar

mindre tid i besittning än en terapeutisk behandling. Oavsett orsak beskrev psykologerna i föreliggande studie psykiatri som mycket medicinskt inriktad, att det kan finnas en föreställning om att en patient som ej brukar psykofarmaka inte har inom psykiatri att göra. Tidigare forskning har visat att kliniskt arbetande psykologer har kunskap om vilka fördelar och begränsningar som finns i ett bruk av psykofarmaka och är kompetenta i att avgöra i vilka fall medicineringen är fungerande eller ej för patienten (Wiggins & Cummings, 1998). Resultat från föreliggande studie indikerar dock att det som psykolog kunde vara svårt att kritisera eller ifrågasätta ett användande av psykofarmaka, även i de enskilda fall där medicineringen tycktes försvåra psykoterapin. Hur skall en som psykolog kunna ge god vård då det saknas möjlighet att påverka en medicinering som har inflytande på ens behandling? Ett bristande samarbete mellan psykiatriker och psykolog i kombination med psykiatriens medicinska fokus och utbredda förskrivning av psykofarmaka kan rimligtvis ses som en starkt bidragande orsak till att flera psykologer i föreliggande studie uppvisar ett bristande förtroende för läkarkåren och hur de hanterar medicinering. Ett bristande förtroende mellan två yrkesgrupper vars behandlingar har stor inverkan på varandra kan inte ses som annat än allvarligt, då det ytterligare riskerar att försämra den vård som ges.

Då samarbetet brister ställs den enskilda psykologen, i de fall då medicineringen visar sig vara problematisk för terapiarbetet, inför valet att gå in och påverka patientens medicinering alternativt att inte göra det. Föreliggande studies resultat visar att vissa psykologer valde att ta en mer aktiv roll i deras patienters medicinering medan andra valde att inta en mer passiv position. Det kan tänkas finnas problem med båda dessa ställningstaganden. Psykologen som tar en aktiv position ger sig in i en annan yrkesgrupps ansvarsområde vilket dels kan vara riskfyllt utifrån psykologens begränsade kunskap om medicinska effekter samt att det riskerar att skapa ytterligare klyftor mellan psykolog och läkare; i slutändan är det ändå en läkare som kommer att fatta beslutet om patientens medicinering. Det andra alternativet, att ej blanda sig i medicineringens effekter, innebär att inte kunna ge patienten den behandling en tror är mest verksam. Psykologens moraliska dilemma blir att göra sig "omöjlig" på sin arbetsplats eller ignorera det som tros vara mest hjälpsamt för patienten, två alternativ vilka båda kan tänkas riskera patientsäkerheten såväl som att bidra till etisk stress hos psykologen (Kälvemark, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnetz, 2004).

Begränsningar

Föreliggande studie genomfördes med en tanke hos författaren om att den biologiska synen på psykisk ohälsa, där människans lidande formuleras utifrån symptom som kan medicineras bort, fått ett allt för stort genomslag i dagens samhälle. Den semistrukturerade intervjuguiden användes inte slaviskt, följdfrågor ställdes löpande och intervjuguiden fanns mest till som stöd för att dess frågor skulle gås igenom, vilket eventuellt lämnade utrymme för intervjuarens åsikter att lysa igenom. Det går inte att utesluta att detta har påverkat de intervjuer som genomförts. Det går inte heller att utesluta att de resultat som dragits utifrån intervjuerna påverkats av författarens åsikter, även om ambitionen varit att inte låta dessa vara styrande i analysen av materialet. Samtidigt kan påpekas att många av resultaten från föreliggande studie ändå går i linje med tidigare forskning.

Vidare kan funderas kring vilka psykologer som ställde upp att delta i studien. Intervjuförfrågan gick ut till ett stort antal individer och endast ett fåtal valde att vara med. Det förefaller rimligt att tänka sig att de som ställde upp på intervju är psykologer som i högre utsträckning än den genomsnittlige psykologen är intresserad av eller har åsikter om vilken effekt en antidepressiv medicinering har på ett terapiarbete. Det kan tänkas att detta återspeglats i de intervjuer som genomförts. Å andra sidan skiljde sig de intervjuade psykologernas uppfattningar och erfarenheter åt vilket ändå talar för att det inte var en allt för homogen grupp som valde att delta.

Att psykologernas erfarenheter skiljde sig åt är i sig också ett fenomen som inte problematiserats i någon större utsträckning i studien. Vissa av psykologerna upplevde inte att en antidepressiv medicinering påverkade ett terapiarbete speciellt mycket alls, andra att den hade större påverkan. Utifrån intervjuerna framkom att psykologernas teoretiska utgångspunkter var likartade vilket talar för att dessa inte kan förklara de skillnaderna. Det går således inte att utesluta att psykologerna har olika inställning till antidepressiv medicinering och att denna inställning i sig har ett stort inflytande på hur deras erfarenheter ser ut. Vidare går också att fundera kring huruvida psykologerna har olika strategier för att hantera ett arbete inom en medicinskt inriktad arbetsplats och att erfarenheter av att medicineringen ej påverkar ett terapiarbete kan komma från ett behov av att förneka medicinens påverkan för att stå ut med sitt arbete.

Konklusion

Psykologers erfarenheter, utifrån föreliggande studie, tyder på att en antidepressiv medicinering kan ha inflytande på ett terapiarbete genom att påverka patientens motivation och känsloliv. Psykologerna vittnade om att medicineringen i vissa fall kunde underlätta ett terapeutiskt arbete medan den i andra fall kunde vara direkt terapistörande. Då en antidepressiv medicinering fanns med i bilden under en terapi kunde det även vara svårt att skilja på effekterna mellan medicinen och terapin. Framträdande i studien var även psykologernas erfarenhet av att olika individer reagerade olika på medicineringen. I dagsläget befinner sig kunskapsläget på en nivå där kombinationsbehandlingar blir komplicerade och ställer stora krav på psykologens förmåga att förstå hur den enskilde individen påverkas. Detta implicerar att framtida forskning i högre utsträckning bör fokusera på hur individen påverkas av en antidepressiv medicinering istället för att, som det i huvudsak ser ut idag, undersöka hur medicinen på genomsnittlig symtomnivå påverkar stora populationer. Förslagsvis skulle fler fallstudier, där olika varianter av påverkan beskrivs och konkretiseras på ett tydligare sätt, kunna vara värdefulla.

För att minska de komplikationer som kan uppstå vid kombinationsbehandlingar framkom under intervjuerna vikten av nära samarbete med medicinförskrivande läkare. Resultaten tyder dock på att bristande resurser och en skild syn på psykisk ohälsa kunde försvåra detta samarbete. Föreliggande studies resultat antyder att det inom svensk psykiatri förekommer kombinationsbehandlingar även i fall då medicinering har en negativ inverkan på psykoterapin. Psykologen ställs då inför dilemmat att antingen ignorera de svårigheter medicineringen frambringar eller att inkräkta på en annan yrkesgrupps ansvarsområde. Detta indikerar vikten av att psykiatrien investerar i samarbete mellan olika yrkeskategorier i syfte att förbättra såväl patientsäkerhet som arbetsmiljö.

Referenser

- Artigas, F. (2013). Serotonin receptors involved in antidepressant effects. *Pharmacology & Therapeutics*, 137(1), 119-131. doi:10.1016/j.pharmthera.2012.09.006
- Baghai, T. C., Blier, P., Baldwin, D. S., Bauer, M., Goodwin, G. M., Fountoulakis, K. N., Kasper, S., Leonard, B. E., Malt, U. F., Stein, D. J., Versiani, M., & Möller, H. J. (2012). Executive summary of the report by the WPA section on pharmacopsychiatry on general and comparative efficacy and effectiveness of antidepressants in the acute treatment of depressive disorders. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 13-22. doi:10.1007/s00406-011-0274-7
- Barlow, D. H., Boswell, J. F., & Thompson-Hollands, J. (2013). Eysenck, Strupp, and 50 years of psychotherapy research: a personal perspective. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 50(1), 77-87. doi:10.1037/a0031096
- Bastos, A. G., Guimaraes, L. S. P., & Trentini, C. M. (2014). The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychotherapy Research*, (ahead of print), 1-13. doi:10.1080/10503307.2014.935519
- Carlberg, I. (2008). *Pillret. En berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader*. Stockholm: Norstedts.
- Chiles, J. A., Carlin, A. S., & Beitman, B. D. (1991). A physician, a nonmedical psychotherapist, and a patient: the pharmacotherapy-psychotherapy triangle. I B. D. Beitman & G. L. Klerman (red:er) *Integrating Pharmacotherapy and Psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Bohlmeijer, E., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychological Medicine*, 40(02), 211-223. doi:10.1017/S0033291709006114
- de Maat, S. M., Dekker, J., Schoevers, R. A., & de Jonghe, F. (2007). Relative efficacy of psychotherapy and combined therapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 22(1), 1-8. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.10.008
- de Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Gijssbers-van Wijk, C., Hendriksen, M., Kool, S., Peen, J., Van, R., & de Jonghe, F. (2008). Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials. *Depression and Anxiety*, 25(7), 565-574. doi:10.1002/da.20305
- Eklöf, M., Törner, M., & Pousette, A. (2014). Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety science*, 70, 211-221.
- Ellison, J. M. (2005). Teaching collaboration between pharmacotherapist and psychotherapist. *Academic Psychiatry*, 29(2), 195-202.

- Fakhoury, M. (2015a). New insights into the neurobiological mechanisms of major depressive disorders. *General Hospital Psychiatry*, 37, 172-177. doi:10.1016/j.genhosppsych.2015.01.005
- Fakhoury, M. (2015b). Revisiting the Serotonin Hypothesis: Implications for Major Depressive Disorders. *Molecular Neurobiology*, (ahead of print), 1-9. doi:10.1007/s12035-015-9152-z
- Greenberg, R. P., & Goldman, E. D. (2009). Antidepressants, psychotherapy or their combination: weighing options for depression treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(2), 83-91. doi:10.1007/s10879-008-9092-2
- Guidi, J., Fava, G. A., Fava, M., & Papakostas, G. I. (2011). Efficacy of the sequential integration of psychotherapy and pharmacotherapy in major depressive disorder: a preliminary meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41(02), 321-331. doi:10.1017/S0033291710000826
- Hansen, S. (2000) *Från neuron till neuros* (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur.
- Hashemi, S. N., Shirazi, H. G., Mohammadi, A., Zadeh-Bagheri, G. H., Noorian, K. H., & Malekzadeh, M. (2012). Nortriptyline versus fluoxetine in the treatment of major depressive disorder: a six-month, double-blind clinical trial. *Clinical Pharmacology: Advances and Applications*, 4, 1-6. doi:10.2147/CPAA.S23831
- Hieronymus, F., Emilsson, J. F., Nilsson, S., & Eriksson, E. (2015). Consistent superiority of selective serotonin reuptake inhibitors over placebo in reducing depressed mood in patients with major depression. *Molecular Psychiatry*, (ahead of print), 1-8. doi:10.1038/mp.2015.53
- Hirschfeld, R. M. (1999). Efficacy of SSRIs and newer antidepressants in severe depression: comparison with TCAs. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(5), 326-335.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., Markowitz, J. C., Nemeroff, C. B., Russel, J. M., Thase, M. E., Trivedi, M. H., & Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342(20), 1462-1470.
- Khan, A., Warner, H. A., & Brown, W. A. (2000). Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. *Archives of General Psychiatry*, 57(4), 311-317.
- Klerman, G. L. (1991). Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. I B. D. Beitman & G. L. Klerman (red:er), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.
- Kondro, W. (2004). Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *Canadian Medical Association Journal*, 170(5), 783-783. doi:10.1053/cmaj.1040236
- Kälvemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science & Medicine*, 58(6), 1075-1084. doi:10.1016/S0277-9536(03)00279-X
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1223-1232.

- Magnusson, N. (2014). *En studie av boendepersonals praxis mot bakgrund av Lacans teori om psykosen och psykiatrireformens vårdideologiska former*. Opublicerad psykologexamensuppsats, Göteborgs Universitet: Psykologiska institutionen, Göteborg.
- Manber, R., Kraemer, H. C., Arnow, B. A., Trivedi, M. H., Rush, A. J., Thase, M. E., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., & Keller, M. E. (2008). Faster remission of chronic depression with combined psychotherapy and medication than with each therapy alone. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 459. doi:10.1037/0022-006X.76.3.459
- Marazziti, D., Golia, F., Consoli, G., Presta, S., Pfanner, C., Carlini, M., Mungai, F., & Dell'Osso, M. C. (2008). Effectiveness of long-term augmentation with citalopram to clomipramine in treatment-resistant OCD patients. *CNS Spectrums*, 13(11), 971-976.
- Melander, H., Ahlqvist-Rastad, J., Meijer, G., & Beermann, B. (2003). Evidence b(i)ased medicine - selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of studies in new drug applications. *British Medical Journal*, 326(7400), 1171-1173.
- Mogg, K., Baldwin, D. S., Brodrick, P., & Bradley, B. P. (2004). Effect of short-term SSRI treatment on cognitive bias in generalised anxiety disorder. *Psychopharmacology*, 176(3-4), 466-470. doi:10.1007/s00213-004-1902-y
- Pampallona, S., Bollini, P., Tibaldi, G., Kupelnick, B., & Munizza, C. (2004). Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 61(7), 714-719.
- Pigott, H. E., Leventhal, A. M., Alter, G. S., & Boren, J. J. (2010). Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79(5), 267. doi:10.1159/000318293
- Quidé, Y., Witteveen, A. B., El-Hage, W., Veltman, D. J., & Olf, M. (2012). Differences between effects of psychological versus pharmacological treatments on functional and morphological brain alterations in anxiety disorders and major depressive disorder: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(1), 626-644. doi:10.1016/j.neubiorev.2011.09.004
- Reeder, J. (2010). *Det tystade samtalet: om staten, psykiatrin och försöken att undanröja det psykoanalytiska inflytandet*. Stockholm: Norstedts.
- Rivas-Vazquez, R. A., Blais, M. A., Rey, G. J., & Rivas-Vazquez, A. A. (2000). Sexual dysfunction associated with antidepressant treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(6), 641. DOI:10.1037//0735-7028.31.6.641
- Roose, S. P., & Stern, R. H. (1995). Medication use in training cases: a survey. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 43(1), 163-170.
- Schubert, J. (2007). Psychotherapy and antidepressant medication: scope, procedure and interaction: a survey of psychotherapists' experience. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(2), 191-207. doi:10.1080/13642530701363494
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens statistikdatabas. (2015). *Statistik*. Hämtad 2015-03-01 från <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel>
- Trindade, E., Menon, D., Topfer, L. A., & Coloma, C. (1998). Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic

- antidepressants: a meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*, 159(10), 1245-1252.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy—results of an expert survey. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(1), 82-96. doi:10.1002/cpp.1822
- Uher, R., Farmer, A., Henigsberg, N., Rietschel, M., Mors, O., Maier, W., Kozel, D., Hauser, J., Souery, D., Placentino, A., Strohmaier, J., Perroud, N., Zobel, A., Rajewska-Rager, A., Dernovsek, M. Z., Roj Larsen, E., Kalember, P., Giovanni, C., Baretto, M., McGuffin, P., & Aitchison, K. J. (2009). Adverse reactions to antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 195(3), 202-210. doi:10.1192/bjp.bp.108.061960
- Västra Götalandsregionen. (2012). *Regional Medicinsk riktlinje - Depression hos vuxna*. Hämtad 2015-02-02 från <http://epi.vgregion.se/sv/Lakemedel-i-Vastra-Gotalandsregionen/Vardgivarstod/Medicinska-riktlinjer/>
- Westen, D., & Bradley, R. (2005). Empirically supported complexity - rethinking evidence-based practice in psychotherapy. *Current Directions in Psychological Science*, 14(5), 266-271.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(6), 875-899. doi:10.1037//0022-006X.69.6.875
- Wiggins, J. G., & Cummings, N. A. (1998). National study of the experience of psychologists with psychotropic medication and psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(6), 549-552.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology* (2:a upplagan). New York: McGraw-Hill International.
- Winston, A., Been, H., & Serby, M. (2005). Psychotherapy and psychopharmacology: different universes or an integrated future?. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(2), 213-223. doi:10.1037/1053-0479.15.2.213
- Winston, A., & Winston, B. (2008). *Handbook of integrated short-term psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Wolter-Gustafson, C. (2013). Rogers' generative framework of organismic integrity: scientific evidence challenging academic, medical, and pharmaceutical forces. I J. H. Cornelis-White, R. Motschnig-Pitrik & M Lux (red:er), *Interdisciplinary Handbook of the Person-Centered Approach*. New York: Springer.
- Öst, L. G. (red.) (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.

Bilaga 1

Intervjuguide

Bakgrund

Ålder:

Kön:

Kan du kort beskriva ditt yrkesliv sedan du blev färdig psykolog?

- Inom vilka yrkesområden har du arbetat?
- Hur har du arbetat, vilka arbetsuppgifter har du haft?

Vilka utbildningar har du?

- Kortare kurser och vidareutbildningar
- Vilken utbildning har du om psykofarmaka?

Terapi och medicinering

Vilken teoretisk utgångspunkt har du då du bedriver terapi?

- Vilken metod använder du dig av och vad vill du generellt sett åstadkomma med denna?

Vilken inställning har du till kombinationsbehandling med psykoterapi och antidepressiv medicinering?

- Upplever du att ett bruk av antidepressiv medicinering hos dina patienter påverkar den förändring du vill få till?

Brukar du tala om medicinering med de patienter du har i terapi?

- Hur talar ni om medicinering?
- Föreslår du patienter att påbörja/avsluta ett bruk av antidepressiv medicinering?

Kan du beskriva några specifika erfarenheter du har av att bedriva psykoterapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering?

- Kan du beskriva en positiv erfarenhet av att dina patienter brukar antidepressiv medicinering? Hur upplevde du att det påverkade 1)terapiprocessen 2)patienten?
- Kan du beskriva en negativ erfarenhet av att dina patienter brukar antidepressiv medicinering? Hur upplevde du att det påverkade 1)terapiprocessen 2)patienten?

Har du erfarenhet av särskilda faktorer som påverkar hur kombinationen av psykoterapi och antidepressiv medicinering faller ut? Hur påverkar dessa faktorer utfallet?

- Hur länge patienten brukat antidepressiv medicinering?
- I vilken omfattning patienten brukar antidepressiv medicinering?
- I vilket stadie av terapin som patienten brukar antidepressiv medicinering; från start, börjar under terapins lopp, avslutar under terapins lopp?
- Vilken typ av problematik patienten lider av?
- Vilken funktionsnivå patienten befinner sig på?

Har du något ytterligare att tillägga gällande din upplevelse och erfarenhet av att bedriva terapi med patienter som brukar antidepressiv medicinering?

Bilaga 2



PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

INTERVJUSTUDIE OM ERFARENHETER KRING PSYKOTERAPI MED PATIENTER SOM STÅR PÅ ANTIDEPRESSIV MEDICINERING.

Mitt namn är Elias Fjellström och skall under våren skriva min examensuppsats på psykologprogrammet vid Göteborgs Universitet. Syftet med studien är att undersöka vilka erfarenheter psykologer inom psykiatri har av att bedriva psykoterapi med patienter som står på antidepressiv medicinering.

Då dagens psykiatripatienter i stor omfattning brukar psykofarmaka är jag intresserad av om du som psykolog upplever att detta, framförallt bruket av antidepressiv medicinering, påverkar de terapier du bedriver. Av intresse är såväl teoretiska som erfarenhetsbaserade tankar om kombinationsbehandlingar med psykoterapi och antidepressiv medicinering.

Jag önskar komma i kontakt med ett antal **legitimerade psykologer, arbetandes inom psykiatri**, vilka kan tänka sig att ställa upp på en intervju. **Intervjun tar ca 60 minuter** och jag är flexibel gällande både tid och plats.

Dina svar kommer att behandlas så att obehöriga inte kan ta del av dem. Dina svar kommer att hanteras och sammanställas anonymt. Studiens resultat kommer att göras tillgängliga i form av ett examensarbete som publiceras på Internet. Vid intresse finns även möjlighet att få uppsatsen skickad till sig direkt via mail. Deltagande i undersökningen är frivilligt och du kan när som helst och utan förklaring avbryta ditt deltagande.

Vid intresse av att ställa upp på en intervju eller för att ställa ytterligare frågor gällande undersökningen kan jag kontaktas på:

mail: elias_fjellstrom@hotmail.com

telefon: 0739-908766

Vänligen

Elias Fjellström, psykologistuderande

Handledare:

Mats Eklöf, leg psykolog, docent. mats.eklof@psy.gu.se

Peter Jansson, leg psykoterapeut, psykoanalytiker